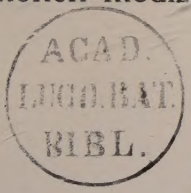
Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Professor Dr. Rille)

Zur Kenntnis der Lichenformen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe der hohen medizinischen Fakultät der Universität Leipzig



vorgelegt von

Kurt Born
Medizinalpraktikant aus Meißen.

Borna-Leipzig
Buchdruckerei Robert Noske
1911.

Der Medizinischen Fakultät zu Leipzig vorgelegt und zum Druck genehmigt am 21. Juli 1911.

Referent: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. v. Strümpell.

Wennschon seit Willan unter dem Namen Lichen die mannigfachsten mit der Eruption von kleinen Knötchen einhergehenden Affektionen zusammengefaßt werden, so ist der moderne Begriff der Lichenformen zuerst von Hebra genauer fixiert worden. Nach ihm gilt nur derjenige Krankheitsprozeß als Lichen, bei welchem die das Krankheitsbild zusammensetzenden Knötchen während des gesamten chronischen Verlaufs dieser Affektionen keine weitere Umwandelung zu Effloreszenzen höherer Ordnung, wie Bläschen oder Pusteln, erfahren, sondern als solche sich wieder involvieren.

Diesen Forderungen entspricht in jeder Beziehung der Lichen ruber acuminatus. Diese Dermatose besteht aus hirse- bis hanfkorngroßen, soliden, gelb- bis braunroten, doch auch hellrosa- bis blaurot gefärbten Knötchen, die von einem dicken, festanhaftenden Hornkegelchen gekrönt und hinsichtlich ihres Sitzes an die Follikelmündungen gebunden sind. Die Knötchen entstehen ziemlich akut innerhalb weniger Tage entweder über einen großen Teil der Körperoberfläche zerstreut oder auf bestimmte Regionen beschränkt. Sie entwickeln sich mit Vorliebe an den Gelenkbeugen, an der Brust- und Bauchhaut oder am Rücken und den Oberextremitäten. Speziell die Streckseite der Hand und der Finger kann in intensiver und sehr charakteristischer Weise befallen sein (Devergies Pityriasis rubra pilaris). Die Anordnung der Knötchen ist, von dem Gebundensein an die Follikel-

mündungen abgesehen, im allgemeinen eine regellose, obschon man sie auch gelegentlich in Strichen und Bogenlinien angeordnet sieht. Der Fortschritt des Krankheitsprozesses erfolgt nur in der Weise, daß sich immer neue Effloreszenzen ähnlich wie beim Ekzem zu den alten hinzugesellen. Dadurch kommt es allmählich zu größeren, mit Schuppen bedeckten Plaques oder diffusen Krankheitsherden, die nur am Rande noch die Einzelknötchen erkennen lassen.

Pathologisch-anatomisch handelt es sich um eine Hyperkeratose des Stratum corneum derart, daß dieses in Form von dichtgefügten, konzentrisch geschichteten Hornlamellen wie ein Zapfen in die erweiterte Follikelmündung eingesenkt ist, wodurch es zu einer Verschmächtigung des darunter liegenden Rete Malpighi kommt. Entfernt man die Hornkegel, so legt man die serös durchfeuchtete oder leicht blutende Follikelmündung frei. Abgesehen von einem oft nennenswerten Jucken sind die Träger der Krankheit beschwerdefrei. Schwere, ohne die geeignete Therapie verlaufende Fälle von Lichen acuminatus können nach Hebras Erfahrungen mit beträchtlichen Allgemeinstörungen einhergehen, ja ausnahmsweise auch letal verlaufen.

Der Lichen ruber planus kann in Fällen von exzeptioneller Seltenheit mit Blasenbildung einhergehen; der Lichen scrofulosorum ist recht häufig mit den als Vorstadien der Acne cachecticorum anzusehenden Pusteleruptionen kombiniert und kann demnach Abweichungen vom Schema Hebras aufweisen. Die Weiterentwicklung zu Pusteln ist ferner nichts Seltenes bei der nicht ganz mit Unrecht heute noch als Lichen syphiliticus bekannten Form des kleinpapulösen Syphilides. Auch hier haben wir es mit relativ kleinen, stecknadel- bis mohnkorngroßen, derben, prominenten

Knötchen zu tun, deren anatomischer Ausgangspunkt die Follikel sind, und die zumeist den für Syphilis charakteristischen braunroten Glanz zeigen. Auf der Höhe der Knötchen befindliche Schüppchen sind oft wenige Tage nach Ausbruch des Exanthems vorhanden, im Rückbildungsstadium ist die Schuppenbildung reichlicher, und im Verlaufe der Abheilung kommt es dann auch gelegentlich zu seichten, atrophischen Grübchen, die in einzelnen Fällen pigmentiert sind. So gut wie nie tritt dieses miliärpapulöse Syphilid als initiales, die konstitutionelle Syphilis einleitendes Exanthem auf, sondern als Ausdruck eines Rezidivs der sekundären Syphilis. Daher finden wir die Effloreszenzen auch auf bestimmte Regionen beschränkt und in Gruppen oder Kreislinien angeordnet. Lieblingssitze sind die Gelenkbeugen, die innere Schenkelfläche, der Nacken und ganz besonders der Rücken und die Lumbalgegend. So erklärt es sich auch, daß man vor dem fünften Monate post infectionem nur selten ein lichenoides Syphilid zu Gesicht bekommt. Unter den miliaren Eruptionen finden sich hin und wieder pusteltragende oder größere, lentikuläre Papeln. Vielfach findet sich Lichen syphiliticus bei konstitutionell geschwächten Individuen. Dyskrasische Zustände, vor allem Scrofulotuberkulose mit Drüsenschwellungen, Knochenprozessen u. dgl., ferner Morbus Brigthii stehen häufig im Hintergrunde, gelegentlich auch Malaria. Daher auch die Hartnäckigkeit des Leidens gegenüber den bei anderen Syphilisformen bewährten therapeutischen Maßnahmen, welche sich namentlich in wochen- und monatelanger Persistenz des Exanthems kundgibt. In bezug auf pathologisch-anatomische Veränderungen findet man den Papillarkörper, die Umgebung des Haarbalgs und der Talgdrüsen zellig infiltriert. Es handelt sich hierbei um Plasma-, Mast- und Riesenzellen. Die letzteren

sind insbesondere für dieses Syphilid charakteristisch. Bekanntlich trifft man Riesenzellen bei den übrigen Formen der Syphilis cutanea nicht häufig, noch seltener beim Primäraffekt. Das Vorhandensein dieser Zellen, die ja besonders im Tuberkel vorkommen, hat auch zu der Annahme geführt, das Kleinknötchensyphilid sei gewissermaßen eine hybride Form von Hautsyphilis und Hauttuberkulose (Michelson). Diese Anschauung ist aber irrig, weil sich Lichen syphiliticus auch ohne irgendwelche Zeichen von Tuberkulose finden kann. Juckreiz fehlt, wie dies bei luetischen Hautveränderungen überhaupt die Regel ist.

Bei beiden Dermatosen, Lichen acuminatus und Lichen syphiliticus, handelt es sich also um solide, prominente, stecknadelkopf- bis fast hanfkorngroße, den Follikelmündungen entsprechende Knötchen. Die den luetischen Exanthemen eigene braunrote Tinktion ist beim Lichen syphiliticus meist ganz besonders deutlich. Auch die Acuminatuseffloreszenzen können ähnlich wie frische Psoriasiseffloreszenzen, deren Schuppen noch nicht deutlich differenziert hervortreten, gelblich oder bräunlich gefärbt sein. Die Schuppenbildung ist aber unverhältnismäßig intensiver und ist ein direktes, von vornherein vorhandenes Krankheitsprodukt, während sie bei Syphilis eine Involutionserscheinung darstellt. Sie besteht aus konisch zugespitzten, fest anhaftenden, dicken, oft steil aufragenden, ja stacheligen Hornkegeln. Die Knötchen der Syphilis sind hin und wieder mit Pusteln gekrönt, und die Morphologie der basalen Papel wird auch nach dem eventuellen Ausdrücken des eitrigen Inhalts nicht geändert. Beim Lichen ruber stehen die Knötchen regellos, dicht gedrängt, seltener in Strichen, Kreis- und Bogenlinien; beim Lichen syphiliticus finden wir Lieblingslokalisationen, oftmals sogar eine regionäre

Zusammendrängung der Effloreszenzen. Mit Vorliebe ist die Rückenhaut befallen. Am Nacken und besonders in der Lumbalgegend treten die Effloreszenzen zu Gruppen zusammen, daneben beobachten wir eine Anordnung in Kreis- und Bogenlinien. Ähnlich ist das Verhalten in den Gelenkbeugen. Bisweilen erheben sich auch die winzig kleinen Knötchen des Lichen syphiliticus als gänsehautartig hervortretende Anschwellungen der Follikelmündungen auf dem Boden präexistenter, großmakulöser Roseolaflecke. In zweifelhaften Fällen ist gerade die Untermischung von lentikulären Papeln für die Diagnose Syphilis sehr wichtig. Vollends maßgebend für die Diagnose ist natürlich der Befund sonstiger sekundärsyphilitischer Manifestationen, wie Plaques muqueuses des Mundes und Rachens, Condylomen der Genitoanalregion, Psoriasis palmaris und plantaris, Leucoderma syphiliticum, Alopecia specifica u. dgl. Doch bringt es gerade bei Lichen syphiliticus der Zufall oft genug mit sich, daß die genannten Erscheinungen fehlen, und man auf die diagnostische Beurteilung des Exanthems als solchen angewiesen ist.

Sehr verschieden gestalten sich indes die beiden Hautaffektionen in ihrem weiteren Verlaufe. Die Effloreszenzen des Lichen syphiliticus selbst können allerdings Monate hindurch unverändert persistieren (Fournier beobachtete einen Fall von 18monatlicher Dauer) und dabei ihre regionäre Beschränkung und charakteristische Gruppierung bewahren. Seltener findet eine Weiterentwicklung zu kleinpustulöser Syphilis statt. Demgegenüber hat der Lichen ruber die Neigung, sich regellos über die ganze Körperoberfläche zu verbreiten. Es schießen immer neue Knötchen zwischen den alten empor, so daß es schließlich zur Ausbildung diffuser, mit Schuppen bedeckter Plaques kommt. Auch das Abklingen

beider Krankheitsprozesse ist verschieden. Das luetische Exanthem bildet sich gleichmäßiger zurück; wir finden neben leicht desquamierenden Involutionsformen zuletzt seichte, atrophische, eventuell mit Pigment ausgestattete Grübchen. Der Lichen ruber acuminatus hingegen bringt es noch zu neuen Eruptionen, wenn die alten mehr oder minder verändert oder involviert sind.

Die mikroskopische Untersuchung, welche für Lichen syphiliticus den charakteristischen Befund von Riesenzellen und insbesondere auch von den bei allen papulösen Syphiliden nachweisbaren Unnaschen Plasmazellen ergibt, endlich die Wassermannsche Reaktion wird dem in der makroskopisch-klinischen Diagnose nicht hinreichend versierten Arzt die gewünschte Aufklärung bringen.

Im allgemeinen macht die Differentialdiagnose zwischen Lichen ruber acuminatus und Lichen syphiliticus sicherlich nicht die geringste Schwierigkeit. Wenn wir, was vielleicht wundernimmt, im bisherigen dennoch auf dieselbe eingegangen sind, so waren uns hierfür zwei recht ungewöhnliche Beobachtungen der hiesigen Klinik maßgebend, einerseits ein Fall von Lichen syphiliticus mit dornenähnlichen Hornkegeln auf der Höhe der Effloreszenzen, andererseits ein Fall von Lichen ruber acuminatus vom Typus der sogen. Pityriasis rubra pilaris, bei welchem die Effloreszenzen am Stamme vielfach in Form von Gruppen und Kreislinien angeordnet waren.

Fall I (Lichen syphiliticus).

C. H., 21 Jahre, Schlosser aus Leipzig, aufgenommen am 10. 4. 1903.

Anamnese: Als Kind bis auf einige Kinderkrankheiten gesund. Vor $2^1/_2$ Jahren Operation wegen vereiternder Halslymphdrüsen, die schon längere Zeit vorher angeschwollen waren. Vor 6—7 Wochen bildete sich ein knötchenartiger Ausschlag am Körper ohne weitere Gesundheitsstörung. Da Bäder- und Salbenbehandlung nichts fruchteten, wurde Patient dem Krankenhause St. Jacob überwiesen und mit der Diagnose Lichen scrofulosorum oder Lichen acuminatus auf die Hautstation der derm. syph. Klinik aufgenommen, bis Herr Prof. Rille bei der nächsten Morgenvisite die Hautaffektion als Syphilis erkannte.

Status vom 11. 4. 1903: Gut genährter, wohlgebauter Patient mit gut entwickelter Muskulatur. Die inneren Organe ohne Besonderheiten. Haut: Am Stamme mit Ausnahme der oberen Brustpartien, insbesondere an der Seitenwand des Thorax von den Brustwarzen nach abwärts und ganz besonders reichlich am Rücken befinden sich dichtgedrängte, meist stecknadelkopfgroße, braunrote, mitunter auch düster blaurot gefärbte Knötchen, welche in der Mehrzahl von einem kleinen, trockenen, hin und wieder 1—2 mm langen Hornkegel gekrönt sind. Dieselben sind zum Teil in deutlichen Reihen angeordnet oder zu Gruppen und Häufchen zusammengedrängt. Vielfach treten auch, zumal in der Lumbalgegend, ring- und kreisförmig angeordnete Knötchengruppen hervor. Weitaus am stärksten befallen ist der Rücken von der Spina scapulae an nach abwärts; namentlich die mediane Rückenfurche, die Scapularlinie, die Lumbal- und Kreuzbeingegend sind mit dichtgedrängten Knötchen besetzt. An den Extremitäten ist die Partie unter der Deltoideswölbung, die Ellenbeuge und die innere Schenkelfläche am stärksten affiziert; hier treten die Hornkegel minder deutlich als am Stamme hervor. Im Gesicht finden sich nur

einige wenige solcher mehr abgeflachter und etwas größerer Effloreszenzen an der Stirn. Die Schleimhäute sind frei; die Submental- und Aurikularlymphdrüsen walnußgroß und fluktuierend; aus einigen Fistelgängen entleert sich auf Druck Eiter.

23. April: In der Crena ani einige mäßig elevierte, nässende, breite Condylome.

Therapie: Liquor ferri jodati, später Sublimatinjektionen, in deren Gefolge nach $3^1/_2$ Wochen Rückbildung der Hauterscheinungen mit Hinterlassung von Pigmentierungen und stellenweiser zart atrophischer Grübchenbildung erfolgt. Wir haben es hier demnach mit einem lichenoiden, mit Hornkegelbildung einhergehenden Syphilide zu tun, das nicht geringe Ähnlichkeit mit Lichen ruber acuminatus darbietet.

Am 20. Mai wird der Kranke wegen chronischer Mittelohreiterung nach der Ohrenklinik verlegt.

Die Diagnose Syphilis ergab sich aus der meist braunroten, stellenweise mattglänzenden Infiltration der Effloreszenzen und vorzüglich aus der besonders an den abhängigen Rückenpartien prägnant hervortretenden Gruppenbildung. Auch die Lokalisation des Exanthems an der Vorderfläche des Körpers, insbesondere an der Seitenwand des Thorax in der Höhe des Rippenbogens, ferner in der Ellenbeuge ergaben die Gesamtphysiognomie eines Syphilides in unverkennbarer Weise. Die Diagnose wurde durch die Auffindung nässender, breiter Condylome in der Aftergegend erhärtet und durch den Effekt der spezifischen Therapie vollends bestätigt.

Trotzdem die hier von uns mitgeteilte Beobachtung eines Lichen syphiliticus mit Hornkegelbildung zu den größten Seltenheiten gehört, steht unser Fall in der Literatur nicht

allein da. Eine ganz analoge Beobachtung ist bereits von Howard Fox[1]) veröffentlicht worden.

Die Patientin, eine 30jährige Witwe, kam im August 1908 zur Beobachtung und zeigte ein über Gesicht, Stamm und Extremitäten verbreitetes Exanthem. Dieses bestand aus stecknadelkopfgroßen, konisch prominenten, mit Schuppen gekrönten Knötchen, die keine Neigung zur Konfluenz zeigten und keinen Juckreiz verursachten. Am Gesicht fanden sich wenig prägnante, gerötete, schuppenbedeckte Flecke. Eine Genitalaffektion war nicht bekannt. Keine Drüsenschwellungen, keine Veränderungen in der Mundhöhle. Die Volae manus waren schwielig verdickt; es bestand aber keine Psoriasis luetica. Auffällig war nur die Neigung der Knötchen, zu Gruppen zusammenzutreten. Die Streckseiten der Extremitäten waren frei.

Von einem namhaften Dermatologen wurde dieser Fall mit Bestimmtheit für Lichen ruber acuminatus erklärt. 14 Tage später zeigten die Effloreszenzen gewisse Veränderungen, indem sie sich zu echten Papeln umwandelten. Die nun einsetzende spezifische Behandlung war von Erfolg; denn im Verlaufe eines Monates bildete sich der größere Teil der Knötchen zurück. Als weiteres Symptom der sekundären Lues entstand nach einigen Wochen noch eine ziemlich starke Iritis. Eine instruktive Abbildung des Falles zeigt große Ähnlichkeit mit unserer Leipziger Beobachtung.

Wohl höchst ungewöhnlich ist die jüngst von La Mensa[2]) verzeichnete Mitteilung eines Falles von Lichen scrofu-

---

[1]) Howard Fox, A Case of Syphilis resembling Pityriasis rubra pilaris, Journal of the American Medical Association 53. I. 1909, III.

[2]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1910 Bd. 103 S. 219f.

losorum mit solcher generalisierter Dornenbildung. Bei einem 12jährigen, schlecht genährten, mit fieberhafter, chronischer, diffuser Bronchitis behafteten Jungen besteht eine am Stamme lokalisierte, aus nadelkopfgroßen Knötchen bestehende Hauteruption. Die Effloreszenzen sind teils von gelblicher, teils von roter Farbe und von kleinen, dünnen, adhärenten Schüppchen bedeckt und vermehren sich an der einen Stelle, während sie an der anderen von selbst verschwinden. Einzelne zeigen Hornfilamente, die wie Dornen hervorragen und zuweilen von einem Lanugohaare durchbohrt sind. Diese Hornfortsätze lassen sich mit dem Fingernagel leicht zerquetschen und bestehen mikroskopisch aus Lamellen von Hornsubstanz. Entfernt man sie, so wachsen sie bald wieder nach.

Ophthalmo- und Cutisreaktion geben ein deutlich positives Resultat. Histologisch finden sich perifolliculäre Infiltrate, deren Struktur sich der des Tuberkels nähert.

Auch Hallopeau[1]) gibt an, daß die Schuppen bei Lichen scrofulosorum bisweilen ein horniges Aussehen darbieten und eine förmliche Schuppenscheide um den Haarschaft bilden können, so daß die Ähnlichkeit mit einer Pityriasis rubra pilaris zu einer frappanten wird.

Eine ähnliche Beobachtung machte Blaschko,[2]) vielleicht hat Crocker[3]) ähnliches vor Augen, wenn er die Möglichkeit der Verwechslung eines Lichen scrofulosorum mit Psoriasis punctata anführt.

---

[1]) Hallopeau u. Leredde, Dermatologie, Paris 1900, p. 517.

[2]) Blaschko, Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1902 II Bd. 35 S. 152.

[3]) Crocker, Diseases of the Skin 2. Aufl., London 1893, p. 278.

Fall II (Lichen ruber acuminatus).

Seit August 1910 ist an der hiesigen dermatologischen Poliklinik ein Fall von Lichen ruber acuminatus in Beobachtung, der diagnostisch keine Schwierigkeiten bietet, aber dadurch, daß die Einzeleffloreszenzen in einer der Affektion gewöhnlich nicht zukommenden Weise an bestimmten Stellen in Gruppen, Kreisen und Bogenlinien angeordnet sind, höchst bemerkenswert ist und dadurch einigermaßen an Lichen syphiliticus erinnert.

Es handelt sich um den 22jährigen Versicherungsbeamten K. R. Die eigene und die Familienanamnese sind ohne Besonderheiten. Die ersten Anfänge seines Leidens datiert Patient 8 Jahre zurück.

Status praesens: Auf der mit vollem Haar versehenen Kopfhaut läßt sich ein leichter Grad von Seborrhoea sicca nachweisen. An den seitlichen Partien der Stirn finden sich zahlreiche, wenig prominente, bräunliche Knötchen, die an ihrer Spitze Hornschüppchen tragen. Die Haut der Augenbrauengegend ist fein granuliert und mit Schuppen bedeckt, die von den austretenden Haaren durchbohrt werden. Die Wangen fühlen sich rauh an und scheinen wie mit einem feinen Puder bestäubt. Im übrigen ist die Gesichtshaut von normaler Beschaffenheit. Um Hals und Nacken finden sich die Veränderungen in Gestalt zweier parallel verlaufender Kreislinien. In der Höhe der Regio hyoidea sind die Knötchen gröber, flacher, in Reihen gestellt und durch Querfurchen getrennt, so daß die Haut wie Chagrinleder aussieht; nach den Seiten hin stehen sie isolierter, um am Nacken wieder zu einer grobgekörnten, mäßig schuppenden Plaque zusammenzutreten. Die untere Kreislinie beginnt an den

seitlichen Halsteilen unterhalb des Kehlkopfes; die Knötchen werden nach hinten zu zahlreicher und bilden in der Gegend der Vertebra prominens einen großen Herd von granulierter Oberfläche und stärkerer Rötung.

Die vorderen Brustpartien sind nur schwach befallen, reichlicher finden sich die Effloreszenzen über den vorderen Achselfalten und abwärts von den Mamillen an den abhängigen Thoraxpartien. Hier zeigen sie eine ausgeprägtere, konische Form und die bekannten Hornhügelchen.

Der Hauptsitz der Erkrankung ist die Haut des Abdomens. In einiger Entfernung vom Nabel stehen dichtgedrängte, rötlich braune, zugespitzte Knötchen mit charakteristischen, federfahnenähnlichen, hornigen Fortsätzen, die besonders bei seitlicher Betrachtung auffallen. Nicht zu verkennen ist ihre Neigung, in dieser Gegend zu offenen oder geschlossenen Kreis- und Bogenlinien zusammenzutreten. Weiter abwärts in der Unterbauchgegend stehen sie in querverlaufenden Reihen entsprechend der Spaltrichtung der Haut. Penis und Scrotum sind frei; in der Regio pubica hat die Epidermis die Beschaffenheit einer Cutis anserina und ist mit feinen Schüppchen bedeckt, die von den Pubes durchsetzt werden.

In der Gegend des Acromion finden sich beiderseits rote, prominente, dichter gestellte Knötchen, darunter einige größere acneartige; dicht besetzt ist auch die hintere Achselfalte; über den Schulterblättern treffen wir die schmutzigbräunlichen Effloreszenzen in geringerer Zahl. Nach der hinteren Medianfurche werden sie immer spärlicher, so daß letztere fast frei erscheint. Unterhalb der Scapulae werden sie wieder zahlreicher. Die Einzeleruptionen sind hier wenig eleviert und in Form eines weitmaschigen Netzes angeordnet. Am stärksten

befallen ist der Rücken in Höhe und unterhalb des Taillengürtels sowohl in der Medianfurche wie auch in den seitlichen Partien. Analog dem Befunde in der Regio mesogastrica sind hier die Knötchen gut konisch ausgeprägt, von rotbrauner Färbung und mit feinborstigen Fortsätzen versehen. In gleicher Weise ist auch die Anordnung in offenen oder geschlossenen Kreis- und Bogenlinien zu konstatieren. Andernorts wieder stehen sie so gehäuft, daß man von Gruppenbildung sprechen kann.

Die Gesäßgegend ist von zahlreichen, weniger prominenten, gelbbräunlichen Effloreszenzen bedeckt, die der Haut besonders über den Sitzbeinhöckern eine reibeisenähnliche Beschaffenheit verleihen. In der Kreuzbeingegend zu beiden Seiten der Afterkerbe befindet sich ein größerer scharf hervortretender Herd, der an grob chagriniertes Leder erinnert und mit weißlichen bis schwefelgelben, fest anhaftenden Schuppen bedeckt ist.

Beide obere Extremitäten sind gleichmäßig affiziert. In toto sind die Beugeseiten weniger befallen. In der Ellbeuge und oberhalb des Handgelenks am untersten Drittel des Unterarms ist die Haut von normaler Beschaffenheit. An den Streckseiten treten die Knötchen zahlreich in unregelmäßiger Verteilung auf, am Oberarm mehr hellbraun und zierlich, in den distalen Teilen des Unterarmes mehr blaurot und deutlich kegelförmig. Über dem Olecranon finden sich jederseits eine schuppenbesetzte, drusig-papilläre Plaque. Gut ausgebildete, mit Hornkegelchen gekrönte Knötchen bedecken den Handrücken. Während die Mitte desselben minder befallen ist, sind die radiale und ulnare Seite von je einem circumscripten, längs gestellten Krankheitsfelde eingenommen, das seine Zusammensetzung aus Einzeleffloreszenzen gut erkennen

läßt. Derartige kleinere Herde nehmen auch die Streckseite der Grundphalange des 2. bis 5. Fingers ein; auf der entsprechenden Stelle des Daumens sind die Eruptionen spärlicher. Die Nägel sind verdickt, ihre Oberfläche glanzlos. An der Vola manus ist die Haut rauh, trocken, schwielig verdickt und braunrot glänzend. Die Furchen sind scharf ausgeprägt und durch Schuppenbildung weißlich verfärbt.

Beide untere Extremitäten sind in gleicher Weise affiziert. Am Oberschenkel sind Streck- und Beugeseite von zahlreichen, unregelmäßig verteilten, gelbrötlichen Knötchen besetzt. Die Gegend der Patella und die Fossa poplitea sind verschont geblieben.

Am Unterschenkel finden sich Effloreszenzen bis fast zu den Knöcheln in geringerer Zahl und weniger prominent. An der medialen Seite des Fußrückens, am äußeren Knöchel, besonders links und über der Achillessehne sehen wir chagrinierte, mit Schuppenauflagerungen versehene Krankheitsherde. Die 1. Phalangen der 2., 3. und 4. Zehe sind in ähnlicher Weise verändert wie die entsprechenden Stellen der Finger. Die Nägel sind verdickt, mißfarbig und an der Oberfläche schilfrig. Die Fußsohle ist in eine glänzend braunrote, derbe Schwiele umgewandelt, von tiefen Furchen durchzogen und mit dicken, wachsgelben Schuppen bedeckt, die insbesondere die Ferse wie mit einem Panzer überziehen.

Der Patient fühlt sich, abgesehen von etwas Mattigkeit in den Beinen, wohl. Juckreiz besteht nur in geringem Grade, meistens in den Abendstunden.

Daß die Effloreszenzen von Lichen acuminatus außer in Form von Strichen auch in Kreisformen angeordnet sein können, ist zwar in einigen Lehrbüchern verzeichnet, doch zumeist nicht eingehend gewürdigt worden. Hebra selbst,

der erste Beschreiber des Lichen ruber, erwähnt in der 1. Auflage seines großen Werkes nichts hiervon, und man hat den Eindruck, daß er nur die Acuminatusformen von diffus flächenhafter Verbreitungstendenz kenne. In seiner bekannten, dortselbst abgedruckten differentialdiagnostischen Tabelle über die Lichenformen ist geradezu von „nicht-gruppierten“ Knötchen gegenüber „der gruppenweisen Anordnung“ des Lichen scrofulosorum die Rede. In der zweiten von Kaposi bearbeiteten Auflage des Hebraschen Werkes ist allerdings in Text wie Tabelle auch von gruppierten Knötchenbildungen die Rede; es steht aber außer Zweifel, daß die Autoren nicht den Lichen acuminatus, sondern den ihnen vordem unbekannt gewesenen, inzwischen von Erasmus Wilson und Isidor Neumann beschriebenen Lichen planus vor Augen haben. Erst in dem von Kaposi selbständig edierten Lehrbuche findet sich, nachdem der Autor in der Folge umfassende Erfahrungen über Lichen ruber gesammelt hatte, der Passus, daß die Acuminatusknötchen, welche vorerst disseminiert stehen, sich alsbald in Strichen oder Kreislinien anreihen. Lehrreich in dieser Beziehung ist die kolorierte Abbildung eines 1867 von Hebra beobachteten Falles, welche der Abhandlung von Kaposi: „Noch einmal Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus“[1]) beigegeben ist. Es handelt sich um einen 38 Jahre alten Kranken, welcher zum ersten Male im 2. Lebensjahre von Lichen acuminatus befallen worden sein soll und 1867 die vierte, 1894 die neunte von Kaposi beobachtete Licheneruption zeigte. Nicht so sehr aus der wenig eingehenden Krankengeschichte als vielmehr aus der Abbildung des Falles läßt

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1895 Bd. 31 S. 1ff. Tafel II.

sich entnehmen, daß außer unregelmäßig über Stamm und Extremitäten disseminierten Lichenknötchen sich auch zu scheibenförmigen Gruppen und Häufchen sowie auch in Kreissegmenten und Bogenlinien angeordnete Effloreszenzen daselbst vorfinden. Diese Beobachtung von Hebra und Kaposi zeigt demnach große Analogien mit unserem Falle, welcher allerdings die Kreisformen in noch exzessiverem Grade darbietet. Jarisch hat in seiner Schilderung der Morphologie des Lichen acuminatus anscheinend in erster Linie die diffusen Formen vor Augen und spricht außerdem nur noch von haufenförmiger Anordnung der Lichenpapeln. Da diese doch hauptsächlich an die Haarfollikel gebunden seien, so erscheine bei den mehr mit zerstreuten Knötchen einhergehenden Eruptionen dieselbe als eine ganz gesetzmäßige, den Linien eines Haarwirbelgebietes entsprechende. Es ist nicht unmöglich, daß Jarisch hierbei an kreisförmige Knötchenherde denkt. Rille erwähnt außer der diffusen Verbreitung und Streifenbildung auch noch die Anordnung in geschlängelten Linien. Fig. 10 seines Lehrbuches zeigt die Photographie eines Acuminatusfalles, wo sich am Rücken neben einem ausgedehnten, diffusen, schuppigen Herde der Medianlinie auch isolierte, lateralwärts gelegene, scheibenförmige, nicht ringförmige Einzelherde vorfinden.

Zum Schlusse bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Medizinalrat Professor Dr. Rille für die Überlassung des Themas und für die Anregungen bei Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.

Kaposi, Pathologie und Therapie der Syphilis.

Mračeк, Handbuch der Hautkrankheiten.

Rille, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Rille, Vier Kranke mit verschiedenen Lichenformen. Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. Sitzung vom 17. 2. 1903. Münchener Medizinische Wochenschrift 1903 Nr. 12.

Fox, Howard, Journal of the American Medical Association 1909 53. I. 1900, III. A Case of Syphilis Resembling Pityriasis rubra pilaris.

Fournier, Traité de la syphilis.

Jarisch, Die Hautkrankheiten. Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Hallopeau u. **Leredde,** Dermatologie. Paris 1900.

Blaschko, Ref. Monatshefte für praktische Dermatologie.

Crocker, Diseases of the Skin.

Spezialdruckerei für Dissertationen, Robert Noske, Borna-Leipzig.

Lebenslauf.

Ich, Heinrich Franz Kurt Born, wurde am 25. Januar 1885 in Meißen als Sohn des Gärtnereibesitzers Franz Born geboren. Zuerst besuchte ich vier Jahre die mittlere Bürgerschule, darauf kurze Zeit die Realschule und dann das Progymnasium meiner Vaterstadt. Ostern 1899 wurde ich ins Alumnat der Fürstenschule St. Afra aufgenommen, die ich Ostern 1905 mit dem Reifezeugnis verließ. Im Sommer 1905 genügte ich meiner Militärpflicht beim Schützenregiment Nr. 108 in Dresden. Vom Oktober 1905 an studierte ich fünf Semester in Leipzig, nach bestandenem Physicum ein Semester in Greifswald und die letzten vier Semester wieder in Leipzig, wo ich am 26. Januar 1911 die ärztliche Staatsprüfung beendete. Vom 1. Februar bis zum 24. März 1911 war ich als Medizinalpraktikant an der Universitäts-Hals-, Nasen- und Ohrenklinik beschäftigt; seit dem 25. März bin ich am Ländlichen Krankenhause in Meißen tätig.